



KLINICZNE SPECJALISTYCZNE CENTRUM ZDROWIA WYDZIAŁU LEKARSTWA I MEDYCYNY W ŁODZI

TRENING UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH W WARUNKACH POZASZPITALNYCH

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

.....
(nr historii choroby)

Data	Godzina oddo	Dane osoby i nr tel. kontaktowego osoby, pod której opieką pacjent będzie pozostawał.	Wykaz leków wydanych pacjentowi	Podpis i pieczęć lekarza / terapeuty* * dot. oddziału OLZN	Podpis osoby, pod której opieką pacjent będzie pozostawał

